Trousse d'information
Novembre 2004

L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal

Centre de santé et de services sociaux de René-Cassin et NDG/Montréal-Ouest

L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal

Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux
Québec
Montréal

106-05456/

L'organisation des services médicaux de première ligne à Montréal

Depuis la commission Rochon jusqu'à la commission Clair, les études menées depuis vingt ans sur le système de santé québécois sont unanimes. Elles concluent à la nécessité, voire à l'urgence, de développer et de mieux intégrer les services médicaux de première ligne afin d'assurer à chaque citoyen et à chaque citoyenne un accès réel aux services médicaux, de même que la prise en charge globale de la personne à toutes les étapes de sa vie.

En réponse à ce constat, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a entrepris de donner suite à l'une des principales recommandations de la commission Clair et de soutenir l'implantation de groupes de médecine de famille (GMF) sur l'ensemble du territoire québécois. L'Agence de Montréal appuie cette orientation sans réserve et consacre le premier volet de sa stratégie visant à améliorer l'organisation des services médicaux de première ligne à la création de GMF. Compte tenu de la réalité montréalaise - besoins de la population, problématiques sociales urbaines, diversité des modes d'organisation et de pratique des médecins omnipraticiens, présence de plusieurs centres hospitaliers (CH) et salles d'urgences, etc. -, l'Agence a développé le concept de Centre médical associé (CMA), dont le déploiement sur l'ensemble du territoire constitue le deuxième volet de sa stratégie visant la réorganisation des services médicaux de première ligne.

Les deux volets de la stratégie montréalaise sont à la fois convergents et complémentaires. Convergents en ce qu'ils visent un même but, soit l'accès à des services garantissant la prise en charge médicale et le suivi de chaque personne, complémentaires en ce qu'ils permettent d'offrir une prise en charge globale, c'est-à-dire médicale et clinique, de chaque personne et de la population.

Les GMF : premier volet de la stratégie visant la réorganisation des services médicaux de première ligne à Montréal

Un GMF regroupe de 8 à 12 médecins, dont le temps de travail est « équivalent à temps plein » (ETP), qui s'engagent à dispenser, à une clientèle qui s'est inscrite volontairement, une gamme complète de services de prise en charge médicale, avec ou sans rendez-vous, 7 jours sur 7. Dans la pratique, cela signifie 12 heures de disponibilité par jour en semaine et 4 heures par jour la fin de semaine et les jours fériés, avec garde médicale de 24 heures sur 7 jours pour les clientèles inscrites qui souffrent de maladies comportant un risque de décompensation. Le GMF dispose également de services infirmiers étendus[1], ce qui équivaut à 70 heures de disponibilité par semaine. Ce personnel est en mesure d'assurer, conjointement avec le médecin, un accompagnement allant du service de dépistage jusqu'au suivi systématique des clientèles vulnérables.

Qu'est-ce qu'un GMF ?

Il est prévu qu'un GMF aura 15 000 clients inscrits, soit 1 500 clients par médecin ETP. L'objectif du MSSS est d'implanter quelque 300 GMF au Québec, ce qui correspond à l'inscription de 70 % de la population. En septembre 2004, on comptait 8 GMF accrédités à Montréal et 3 en voie d'accréditation.

La réforme du système de santé entreprise récemment par le gouvernement avec l'adoption de la Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux poursuit la même visée d'intégration des services de santé que les GMF. En effet, la création, partout au Québec, de centres de santé et de services sociaux (CSSS) et le développement, par ces nouvelles instances, de réseaux locaux de services, vise essentiellement à améliorer l'état de santé et de bien-être des populations concernées et à assurer la prise en charge globale et continue des personnes, tant pour les besoins de santé que pour les besoins sociaux.

1 La commission Clair recommande que ces services soient dispensés par des infirmières cliniciennes ou praticiennes.

Avec les GMF, les CSSS et les réseaux locaux, les structures sont en place pour permettre une réelle prise en charge des besoins individuels et collectifs en matière de santé et de services sociaux. D'un côté, les GMF assureront la prise en charge médicale des personnes alors que les CSSS et les réseaux locaux assumeront la prise en charge clinique en garantissant la coordination et la continuité des services de santé et des services sociaux.

Les CMA : deuxième volet de la stratégie de réorganisation des services médicaux de première ligne à Montréal

Le concept de CMA a été développé par l'Agence de Montréal et son Département régional de médecine générale (DRMG) à la suite de la récente démarche de planification stratégique de l'Agence. Les CMA visent principalement à assurer une meilleure intégration entre les nouveaux CSSS et les omnipraticiens dans le contexte spécifique de la région de Montréal. Cette intégration s'avère toutefois complexe, notamment en raison du grand nombre de points de services où se retrouvent les omnipraticiens. Certains pratiquent dans des cliniques regroupant plusieurs médecins omnipraticiens et spécialistes, tandis que d'autres travaillent en cabinet, en solo ou en établissement (CLSC, CHSLD, CH). En outre, la pratique médicale à Montréal est différente de celle que l'on observe en région ou dans de plus petites agglomérations en raison d'une forte concentration d'hôpitaux avec des salles d'urgence et d'une offre de services très large bien que souvent mal intégrée.

Les omnipraticiens montréalais sont déjà touchés par la réorganisation du système de santé, que ce soit par le développement des GMF, l'entrée en vigueur de la loi sur les activités médicales particulières[2] ou par la création des CSSS et des réseaux locaux. Ce mouvement vers l'intégration modifiera considérablement la façon de faire des principaux intéressés qui ont des pratiques, des approches et des modes d'organisation extrêmement diversifiés. À l'évidence, la coordination et la mise en commun des efforts présentent ici un défi considérable. Pour y répondre, les dirigeants de l'Agence et du DRMG ont développé le concept de CMA dont le but premier sera d'assurer une coordination opérationnelle entre les médecins d'un territoire, responsables de la prise en charge médicale de leurs clients, et le CSSS qui assurera l'accessibilité et la continuité de l'offre de services de santé et de services sociaux à la population.

En bref, un CMA est une clinique bien établie, un groupe de cliniques ou encore l'équipe médicale d'un CLSC, d'un GMF ou d'une unité de médecine familiale. Dans chacun des cas, l'organisme offre déjà des services à la population et accepte de jouer un rôle de coordination et de liaison avec le CSSS du territoire sur lequel il est situé. Le CMA donne accès à une gamme complète de services médicaux de première ligne, dont des consultations avec ou sans rendez-vous, 365 jours par année, de 8 h à 22 h en semaine et de 8 h à 17 h la fin de semaine et les jours fériés. Le CMA s'assure également que des services de garde médicale sont disponibles en dehors des heures d'ouverture pour les clientèles vulnérables. En garantissant l'accès à un médecin en tout temps, les CMA constitueront un filet de sécurité pour la population.

Par ailleurs, les CMA auront l'obligation d'aider à trouver un médecin traitant pour les clientèles vulnérables qui n'en ont pas et dont l'état nécessite un suivi médical continu. Ces patients pourront être référés par le CSSS s'il ne dispose pas des ressources médicales pour en assumer lui-même la prise en charge. Cela ne signifie pas que les médecins des CMA devront obligatoirement prendre la responsabilité de tous ces patients, mais plutôt que le CMA devra établir des liens avec les omnipraticiens de sa communauté en vue de trouver un médecin pour les patients vulnérables, dits « orphelins ».

En plus de coordonner les services médicaux et d'assurer une liaison avec leur CSSS, les CMA rendront accessibles aux médecins omnipraticiens de leur territoire les plateaux techniques

2 Projet de loi n° 142 - Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux concernant les activités médicales, la répartition et l'engagement des médecins.

appropriés pour des tests urgents (laboratoire, imagerie, etc.). L'Agence entend s'assurer que le développement des CMA n'équivaut pas à mettre en place un réseau de cliniques spécialisées sans rendez-vous. C'est pourquoi elle exige des cliniques ou groupes intéressés à devenir CMA qu'ils démontrent leur capacité à dispenser des services selon une approche de prise en charge globale, continue et personnalisée. En outre, au moins 50 % de leurs activités doivent être consacrées au suivi médical sur rendez-vous. En obligeant les candidats CMA à prendre un tel engagement, l'Agence vise une prise en charge semblable à celle préconisée au sein des GMF. Pour cette raison, il est prévisible que la convergence des objectifs et des pratiques amènera les CMA à évoluer vers le statut de CMA-GMF. De la même façon, les GMF seront incités à évoluer vers le statut de GMF-CMA. La stratégie de l'Agence consiste, dans un premier temps, à désigner au moins un CMA sur chaque territoire de CSSS.

GMF et CMA : un déploiement convergent et complémentaire

L'Agence de Montréal souhaite arriver le plus rapidement possible à une intégration efficace de l'activité médicale à l'intérieur des CSSS. Pour ce faire, elle entend poursuivre en parallèle l'implantation des GMF et des CMA. Les CMA prendront naissance dans le cadre d'ententes entre le CSSS du territoire où ils sont situés et l'organisation médicale qui y assure l'offre de services. Un CMA desservira, à terme, une population de 50 000 personnes. Dans la région de Montréal, il est prévu qu'il faudra implanter entre 35 et 40 CMA pour répondre aux besoins de la population. Dès l'automne 2004, une première vague d'implantation est prévue dans la foulée de la mise en place des CSSS.

Pour ce qui est des GMF, on en prévoit entre 75 et 100 sur l'île de Montréal, chacun ayant une capacité de prise en charge de 15 000 personnes. D'ici quelques années, on estime qu'au moins 30 de ces GMF devraient également assumer les rôles d'un CMA. En septembre 2004, 8 GMF étaient dûment accrédités à Montréal, 3 projets étaient en préparation et 2 groupes de médecins avaient manifesté leur intérêt à former un GMF. Un important programme de soutien financier a été créé par le MSSS afin de favoriser le développement de GMF (démarrage, fonctionnement, informatisation). En ce qui concerne les CMA, c'est l'Agence qui en assure le financement à même le budget régional.

> *«Les GMF existants servent de vitrine pour démontrer l'utilité et la faisabilité de cette formule. Il est prévu que l'intérêt des médecins pour cette forme d'organisation ira en s'accroissant.»*
>
> *David Levine*

Une nouvelle organisation des services médicaux de première ligne pour en améliorer l'accès et étendre la prise en charge médicale

Grâce au développement continu des GMF, d'une part, et à l'implantation des CMA, d'autre part, les CSSS ainsi que l'Agence de Montréal et son DRMG disposeront des outils nécessaires pour améliorer l'accès aux services médicaux et étendre la prise en charge médicale.

Le DRMG compte jouer un rôle déterminant dans le déploiement de cette double stratégie dont il a été l'initiateur et un promoteur convaincu. Il appuiera donc l'Agence dans ses efforts pour la mettre en œuvre en permettant que ses tables sous-régionales servent de lieux d'information, d'échange et de concertation.

Jusqu'à maintenant, les médecins de la région de Montréal ont réussi à maintenir la meilleure accessibilité possible des services. Ils ont su s'adapter aux besoins grandissants de la population malgré les conditions difficiles créées par la pénurie d'effectifs. Pour être vraiment en mesure de faire face au défi du vieillissement de la population, les seules stratégies prometteuses sont celles qui prévoient le regroupement des ressources disponibles, l'amélioration de leur coordination et l'arrimage de la pratique médicale avec l'ensemble des services de santé et des services sociaux. C'est ce que propose la stratégie montréalaise.

CSSS de René-Cassin et NDG/Montréal-Ouest[3]

0 GMF | **11 cliniques médicales*** | **2 CMA potentiels**

Les GMF

Il n'y a pas de Groupe de médecine de famille (GMF) accrédité ou en voie d'accréditation dans ce secteur.

Les cliniques médicales et les CMA potentiels

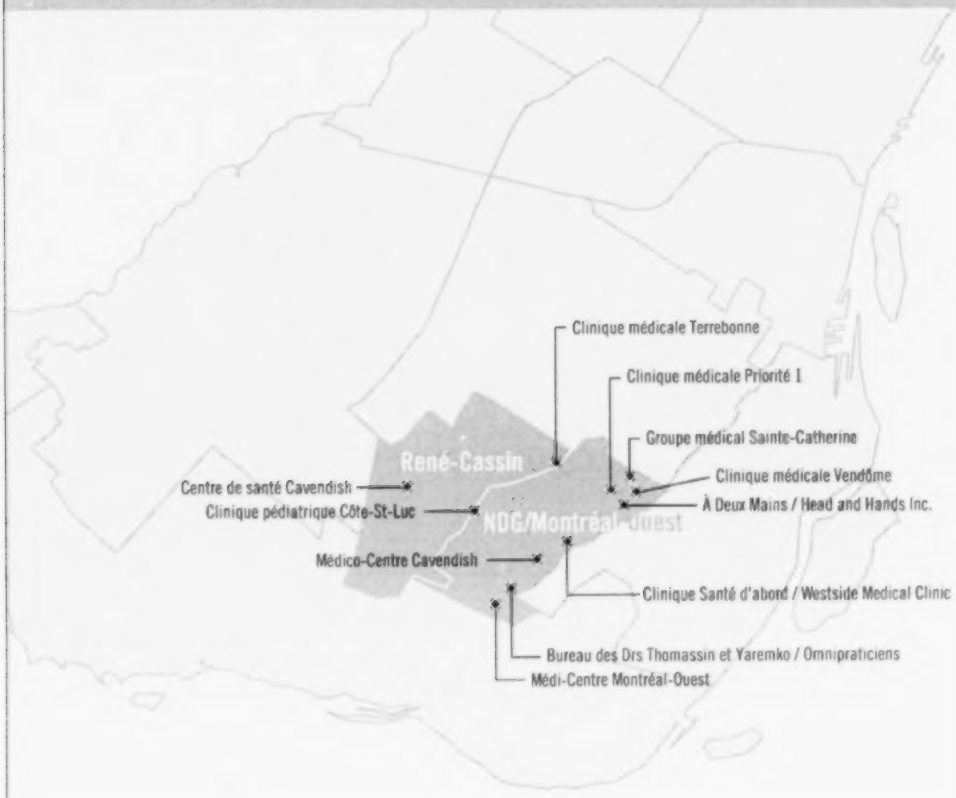
Centre de santé Cavendish 5742, boul. Cavendish Côte-Saint-Luc	À Deux Mains / Head and Hands Inc. 5833, rue Sherbrooke Ouest Montréal
Bureau des Drs Thomassin et Yaremko/ Omnipraticiens 7316, rue Sherbrooke Ouest Montréal	**Clinique médicale Priorité 1** **2111, av. Northcliffe** **Montréal**
Clinique médicale Vendôme **5175, boul. de Maisonneuve Ouest, bureau 100** **Montréal**	Clinique Santé d'abord / Westside Medical Clinic 2425, boul. Grand, bureau 2001 Montréal
Groupe médical Sainte-Catherine 5025, rue Sherbrooke Ouest, bureau 660 Westmount	Médi-Centre Montréal-Ouest 31, rue Westminster Nord Montréal-Ouest
Médico-Centre Cavendish 2545, boul. Cavendish, bureau 130 Montréal	Clinique médicale Terrebonne 5435, rue de Terrebonne, bureau 3 Montréal
Clinique pédiatrique Côte-St-Luc 6164, Côte-Saint-Luc, bureau 201 Montréal	

CMA potentiels prêts pour l'implantation.

* Seules les cliniques qui offrent des services généraux, avec ou sans rendez-vous, figurent dans ce tableau.

3 Sources : Répertoire des ressources de la SOGIQUE, juin 2004.
MSSS, communiqué de presse, cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux, juillet 2004.

La localisation* des cliniques médicales | CSSS de René-Cassin et NDG/Montréal-Ouest



* L'emplacement des points sur la carte est approximatif.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal

November 2004

The organization of front-line medical services in Montreal

René-Cassin and NDG/Montréal-Ouest Health and Social Service Centre (CSSS)

The organization of front-line medical services in Montreal

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal

The organization of front-line medical services in Montreal

From the Rochon Commission to the Clair Commission, all studies of the Quebec health system in the last 20 years are unanimous. They conclude that there is a need – an urgent need – to develop and better integrate front-line services to ensure true access to medical services on the part of all citizens, as well as comprehensive case management for individuals throughout all stages of life.

This finding has led the *Ministère de la Santé et des Services sociaux* (MSSS) to start following through on one of the Clair Commission's main recommendations, and support the establishment of Family Medicine Groups (FMGs) throughout Quebec. The Montreal Agency supports this approach wholeheartedly. In fact, the first component of its strategy to improve the organization of front-line medical services is devoted to the creation of FMGs. Given Montreal's situation – the needs of the population, urban social issues, the various ways that general practitioners organize and carry out their practice, the presence of several hospitals and emergency rooms, etc. – the Agency has developed the concept of associate medical centres (AMCs). The territory-wide deployment of AMCs will constitute the second component of the strategy to reorganize front-line medical services.

The two components of the Montreal strategy converge and complement each other. They converge insofar as they seek the same goal of access to services that guarantee medical case management and follow-up for every individual. They are complementary insofar as they make it possible to provide comprehensive case management, at the medical and clinical levels, for each individual and for the population as a whole.

FMGs: first component of the strategy to reorganize front-line medical services in Montreal

An FMG brings together 8 to 12 physicians with "full-time equivalent" (FTE) hours, who commit to providing a full array of medical case management services to a clientele who has chosen to register with them. Services are provided with or without an appointment, 7 days a week. In practice, this means 12 hours of availability a day during the week and 4 hours a day during weekends and holidays, with medical on-call services 24 hours a day, 7 days a week for registered clienteles whose illnesses put them at risk of decompensation. The FMGs also feature extended nursing services,[1] meaning 70 hours of availability a week. The nursing staff will be in a position to work with physicians to provide care from the time of screening all the way through systematic follow-up of at-risk clienteles.

What is an FMG?

Each FMG is expected to have 15,000 registered clients, i.e. 1,500 clients per FTE physician. The MSSS aims to set up 300 FMGs in Quebec, with which 70% of the population would be registered. In September 2004, there were 8 accredited FMGs in Montreal, and 3 were undergoing the accreditation process.

The health system reform recently undertaken by the government through the adoption of the Act respecting local health and social service network development agencies espouses the integrative approach to health services exemplified by the FMGs. In fact, the creation of health and social service centres (CSSS) throughout Quebec, and the development of local service networks by these new bodies, is essentially aimed at improving the health and well-being of the population concerned, and ensuring comprehensive and continuous case management to meet people's health and social needs.

Setting up the FMGs, CSSSs and local networks creates the necessary framework for true case management of individual and collective health and social service needs. The FMGs will ensure medical case management of individuals, while the CSSSs and local networks will take care of clinical case management by ensuring that health and social services are coordinated and continuous.

1 The Clair Commission recommends that these services be provided by nurse clinicians or nurse practitioners.

AMCs: second component of the strategy to reorganize front-line medical services in Montreal

The AMC concept was developed by the Montreal Agency and its Regional Department of General Medicine (DRMG[2]) following the Agency's recent strategic planning exercise. The AMCs are mainly geared toward enhancing the interface between the new CSSSs and general practitioners in the specific context of the Montreal region.

This interface is, however, complex, particularly due to the vast number of points of service where general practitioners can be found. Some practice in clinics that group together several general practitioners and specialists, whereas others work in doctors' offices, alone or in institutions (CLSC, CHSLD, hospitals). Furthermore, medical practice in Montreal is different from the situation in the regions or smaller population centres, given Montreal's high concentration of hospitals with emergency rooms, and a very broad, though often poorly integrated, service offer.

Montreal's general practitioners are already affected by the reorganization of the health system, be it through the development of FMGs, the entry into effect of an act respecting certain medical activities[3] or the creation of CSSSs and the local networks. This movement toward integration will significantly change the way general practitioners do things, since they have extremely diverse practices, approaches and forms of organization. All of the coordination and joining of efforts involved will be a considerable challenge.

The heads of the Agency and the DRMG developed the AMC concept precisely to meet this challenge. The foremost goal of an AMC is to ensure operational coordination among the physicians of a given territory who are in charge of medical case management for their clients, and the CSSSs, which will ensure the accessibility and continuity of health and social services for the population.

In short, an AMC is a well-established clinic, a group of clinics or even the medical team of a CLSC, a FMG or a family medicine unit. In each case, the organization already provides services to the population and accepts to play a coordinating and liaison role with the CSSS of the territory where it is located. The AMC gives access to a full range of front-line medical services, including scheduled or walk-in medical appointments, 365 days a year, from 8:00 a.m. to 10:00 p.m. on weekdays, and from 8:00 a.m. to 5:00 p.m. on weekends and holidays. The AMC also makes sure that medical on-call services are available after opening hours for at-risk clienteles. By guaranteeing access to a physician at all times, the AMCs will act as a safety net for the population.

Furthermore, AMCs will have the obligation to find an attending physician for at-risk clienteles who do not have one, and whose condition requires continuous medical follow-up. These patients could be referred by the CSSS if the CSSS itself does not have the medical resources required to perform case management. This does not mean that the AMC physicians must take responsibility for all such patients. It just means that the AMCs must establish ties with the general practitioners in their communities in order to find a physician for what could be called "orphaned" at-risk patients.

In addition to coordinating medical services and ensuring liaison with their CSSS, the AMCs shall provide the general practitioners on their territory with appropriate technical support for emergency tests, i.e. laboratories, imaging services, etc.

The Agency intends to make sure that the development of the AMCs does not amount to setting up a network of specialized walk-in clinics. That is why it requires the clinics or groups interested in becoming AMCs to demonstrate their capacity to provide services according to a comprehensive, continuous and personalized approach. In fact, at least 50% of their activities must be devoted to medical follow-up appointments. By forcing AMC candidates to make such a commitment, the

2 Département régional de médecine générale.

3 Bill 142 – An Act to amend the Act respecting health services and social services as regards the medical activities, the distribution and the undertaking of physicians.

Agency aims to ensure case management similar to that foreseen for the FMGs. It is therefore expected that the convergence of objectives and practices will lead the AMCs to evolve toward FMG-AMC status. Similarly, FMGs will be encouraged to evolve toward FMG-AMC status.

The Agency's strategy initially consists of appointing at least one AMC on each CSSS territory.

FMGs and AMCs: convergent and complementary deployment

The Montreal Agency hopes to effectively integrate medical activity within the CSSSs as quickly as possible. It therefore intends to continue setting up the FMGs and AMCs simultaneously.

The AMCs will grow out of agreements between the CSSS of the territory where they are located, and the medical organization that ensures service provision. Each AMC will eventually serve a population of 50,000 people. It is estimated that 35 to 40 AMCs will have to be set up in the Montreal region to meet the population's needs. A first wave of establishment is already scheduled for the fall of 2004, at the same time that the CSSSs are put in place.

As for FMGs, plans are to have 75 to 100 of them on the Island of Montreal, each with the capacity to manage the cases of 15,000 people. It is expected that, within a few years, at least 30 of these FMGs should also take on the role of AMCs. In September 2004, eight FMGs were duly accredited in Montreal, three projects were being prepared and two groups of physicians had indicated their interest in forming FMGs.

> *"The existing FMGs showcase the formula's usefulness and feasibility. Physicians' interest in this form of organization is expected to increase."*
>
> *David Levine*

An important financial support programme was created by the MSSS to foster FMG development (start-up, operation, computerization). The Agency funds AMCs from the regional budget.

A new organization of front-line medical services to improve access and extend medical case management

Thanks to the ongoing development of the FMGs, on the one hand, and the setting up of AMCs, on the other hand, the Montreal Agency and its DRMG will have the necessary tools to improve access to medical services and extend medical case management.

The DRMG intends to play a defining role in deploying this two-pronged strategy, which it initiated, believes in and promotes. It will therefore support the Agency's efforts to implement the strategy by allowing its sub-regional forums to be used as places of information, exchange and consultation.

So far, Montreal-area physicians have managed to maintain the best possible service accessibility. They have had to adapt to the growing needs of the population, despite the difficult conditions created by staff shortages. In order to truly be able to face the challenge of an ageing population, the only promising strategies are those that foresee grouping available resources, improving their coordination and creating bonds between medical practice and all health and social services. That is what the Montreal strategy proposes.

René-Cassin and NDG/Montreal-Ouest CSSS[4]

0 FMG **11 medical clinics*** **2 potential AMCs**

The FMGs

There is no accredited FMG and no FMG awaiting accreditation on this territory.

Medical clinics and potential AMCs

Centre de santé Cavendish
5742 Cavendish Boulevard
Côte-Saint-Luc

À Deux Mains / Head and Hands Inc.
5833, Sherbrooke Street West
Montreal

Dr. Thomassin and Dr. Yaremko
General Practicioners
7316, Sherbrooke Street West
Montreal

Clinique médicale Priorité 1
2111, Northcliffe Avenue
Montreal

Clinique médicale Vendôme
5175, De Maisonneuve Boulevard West
Suite 100
Montreal

Clinique Santé d'abord / Westside Medical Clinic
2425 Grand Boulevard
Suite 2001
Montreal

Groupe médical Sainte-Catherine
5025, Sherbrooke Street West
Suite 660
Westmount

Médi-Centre Montréal-Ouest
31, Westminster Street North
Montreal-West

Médico-Centre Cavendish
2545 Cavendish Boulevard
Suite 130
Montreal

Clinique médicale Terrebonne
5435 De Terrebonne Street
Suite 3
Montreal

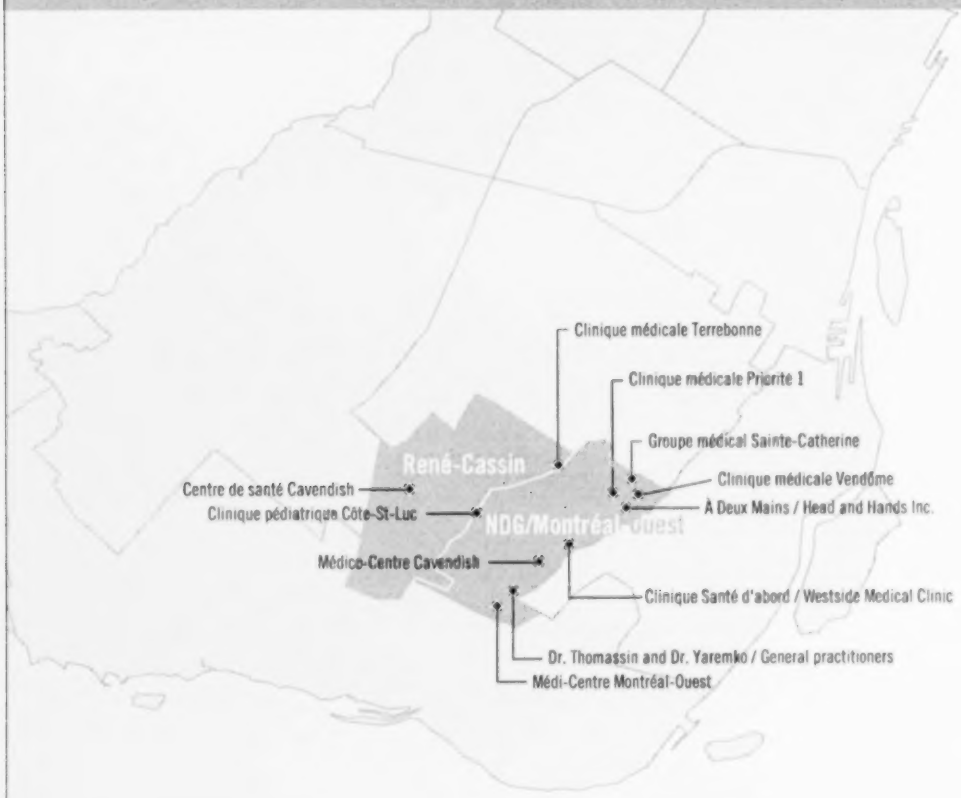
Clinique pédiatrique Côte-St-Luc
6164 Côte-Saint-Luc
Suite 201
Montreal

Potential AMC ready to be set up.

* Only clinics offering general services, on a walk-in basis or by appointment, are included in this table.

4 Sources: *Repertoire des ressources de la SOGIQUE*, June 2004.
MSSS, Press release, *Cabinet du ministre de la Santé et des Services sociaux*, July 2004.

Location* of medical clinics | René-Cassin and NDG/Montréal-Ouest CSSS



* The locations indicated on the map are approximate.

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux
Québec
Montréal